

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Janvier 1932

PAR

René-Antoine-Marie SECOURIEUX

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX.

Né à DAX (Landes), le 18 février 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président.
		ABADIE, professeur.....		Juges.
		PERRENS, agrégé.....		
		CHARRIER, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Janvier 1932

PAR

René-Antoine-Marie SECOURIEUX

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX.

Né à DAX (Landes), le 18 février 1908.

Examinateurs de la Thèse

{	MM. BÉGOIN, professeur.....	<i>Président.</i>
	ABADIÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	PERRENS, agrégé.....	
	CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECOQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de ma reconnaissance
infinie et de ma profonde affection.

A MA SOEUR

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE / DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CHARRIER

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui fut l'initiateur de ce modeste travail et qui a bien voulu nous communiquer deux observations.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

INTRODUCTION

A la lecture des observations de tumeurs villeuses du rectum, on est surpris de voir combien souvent elles ont été méconnues et ont pu évoluer sous le couvert d'affections banales de la région recto-anale. Et, si ces erreurs furent fâcheuses immédiatement pour le malade, qui avait à souffrir des accidents par lesquels elles manifestent leur présence, en retardant l'intervention, elles permettaient à la tumeur de se développer et d'évoluer, quoique très lentement, fort heureusement, éloignant ainsi les chances d'une opération très simple, et, de plus, laissant le sujet dans le danger toujours possible d'une dégénérescence maligne.

Dans un autre ordre d'idées, si l'on en juge le peu d'observations publiées depuis 1854, où, en Angleterre, Quain, le premier, attira l'attention des cliniciens sur ces tumeurs, jusqu'à aujourd'hui, malgré les études de Quenu et Hartmann, Appfel, Monod et le remarquable ouvrage du Docteur A. Lambling, on pense que nombreux ont dû être les cas étiquetés sous le nom de cancer avec le processus opératoire sévère que ce diagnostic comporte.

Aussi nous avons pensé faire œuvre utile en publiant les quelques observations que nous avons pu recueillir et en rappelant, à cette occasion, les caractères de ces tumeurs si intéressantes, tant au point de vue anatomique et chirurgical par leur superficialité qui permet de faire bénéficier le porteur d'opérations chirurgicales économiques, qu'au point de vue histologique et pathogénique, par la lenteur de leur évolution, leur peu de tendance à se généraliser et à faire des métastases par leur situation incertaine dans la classification des tumeurs du rectum.

Avant de terminer cette brève introduction, nous tenons à remercier M. le Professeur Charrier, qui a bien voulu attirer notre attention sur ce sujet et nous communiquer deux observations. Il a toujours été pour nous un maître éclairé auprès duquel nous avons toujours trouvé le meilleur accueil et les meilleurs conseils. Nous tenons, en outre, à exprimer nos respectueux remerciements à M. le Professeur Bégouin pour la bonté qu'il nous a témoignée en voulant bien présider notre thèse. Nous remercions encore M. le Professeur Jeaneney et M. le Docteur Pétrignagni, chirurgien à La Rochelle, qui nous ont communiqué leurs observations et leurs documents avec la meilleure grâce, et nous remercions infiniment M. le Docteur A. Dubourg, qui nous a guidé de ses conseils éclairés et de sa large érudition.

ETIOLOGIE

Les tumeurs villeuses paraissent l'apanage des gens mûrs ou âgés. On ne les trouve que rarement dans l'enfance, et ce n'est guère qu'à partir de la quarantaine qu'on les rencontre le plus fréquemment. Cependant, étant données leur évolution très longue et leur symptomatologie souvent fruste du début, n'est-il pas permis de faire remonter leur début à une époque plus éloignée? La quarantaine est bien l'âge du cancer, mais déjà, chez les jeunes enfants, ne trouve-t-on pas des cas nombreux de polypes du gros intestin, autre tumeur bénigne? Dans nos observations, conformément à la norme, nous ne trouvons pas de tumeur villeuse avant l'âge de 36 ans.

Le sexe ne semble pas avoir grande influence. Pour notre part, nous avons affaire à deux hommes et à deux femmes. Mais les différents auteurs indiquent dans leurs statistiques une fréquence plus grande chez l'homme, ce qui est identique pour le cancer.

La constipation a été invoquée comme cause favorisante de tumeur villeuse. Dans une de nos observations, nous enregistrons une constipation opiniâtre depuis de longues années. De plus, par le séjour prolongé dans l'ampoule rectale et par le durcissement des matières, la constipation agirait en traumatisant la muqueuse.

Les hémorroïdes, la rectite (une de nos malades avait fait des accidents syphilitiques une dizaine d'années auparavant), ne semblent jouer aucun rôle, bien que cette dernière, par les accidents hyperplasiques qu'elle cause, pourrait fort bien être une cause adjuvante.

La race agirait-elle, ou le mode d'alimentation, les observations ayant été publiées plus tôt et plus fréquemment en Angleterre?...

SYMPTOMATOLOGIE

Signes fonctionnels.

La symptomatologie fonctionnelle est fruste. Le diagnostic de tumeur vilieuse se fait au toucher et à la vue. Cependant, quatre ou cinq signes fonctionnels pourront nous donner une forte probabilité : les écoulements glaireux surtout, les hémorragies, l'élimination de fragments de tumeur et la procidence, les phénomènes douloureux et le toucher rectal.

Tel ou tel symptôme a paru capital aux auteurs, suivant leurs observations : un des premiers signes de tumeur vilieuse du rectum est la constipation (Cooke). Le premier symptôme qui attire l'attention est l'hémorragie (Quenu), et Quain les appelait « Peculiar Bleeding tumors ». Mais celui qui paraît le plus fréquent et véritablement pathognomonique de tumeur vilieuse, c'est l'*écoulement muco-glaireux*.

Il ressemble à du blanc d'œuf cru ou à un mélange de gomme. Il traduit macroscopiquement la structure intime de la tumeur, dans laquelle les cellules mucipares entrent pour une grosse part. Clair et transparent, il augmente avec le développement de la tumeur. Il peut provoquer de fausses envies obligeant le malade à se présenter fréquemment à la selle (vingt à trente fois par jour dans un cas de Lambling) pour expulser quelques crachats glaireux. Il peut arriver à acquérir une telle abondance que le sphincter forcé le laisse suinter, et le malade est obligé de se garnir (Obs. IV). Parfois, cet écoulement est discontinu, et tout le liquide accumulé s'évacue comme une poche d'eau rompue brusquement (Lambling).

Bien souvent, surtout au début, cet écoulement ne se produit qu'au moment des selles, qui sont enrobées d'une couche

plus ou moins abondante de mucus, et passe inaperçu. Plus tard, il peut se produire une pseudo-diarrhée due à la sécrétion de la tumeur et amenant, comme dans notre observation IV, des alternatives de diarrhée et de constipation.

La *constipation*, à laquelle on a voulu faire jouer un rôle de premier plan dans la symptomatologie des tumeurs villeuses, ne les accompagne pas régulièrement. Si, dans une de nos observations, la malade était une constipée chronique, rien ne nous permet de faire remonter l'origine de cette constipation à la naissance de la tumeur; tandis qu'au contraire l'apparition des débâcles diarrhéiques séreuses chez cette femme habituellement constipée a été d'un grand intérêt diagnostique.

Dans certains cas excessivement rares, les matières peuvent être rubanées.

Des *rectorragies* accompagnent bien souvent ces écoulements glaireux, et même parfois existent seules, bien que Lambling les ait notées dans plus des trois quarts des cas; de notre côté nous les retrouvons chez tous nos malades. D'abord peu fréquentes et abondantes, elles ont lieu à l'occasion des selles; elles sont souvent le premier symptôme qui frappe le malade et le pousse à consulter un médecin. Par leur répétition et leur quantité, elles peuvent avoir un grand retentissement sur l'état général du malade, affaibli par ces saignées répétées. Matthews, Quenu et Landel parlent de rectorragies, pouvant aller jusqu'à la syncope. Une autre cause de l'hémorragie provient des violences que subit la tumeur lors d'un prolapsus, des efforts du malade pour la réduire, d'une fragmentation.

Cette *fragmentation* est un phénomène relativement rare. Lambling en a observé trois cas : dans l'un, le malade rejeta 97 lambeaux en cinq mois; dans l'autre, 28 morceaux en deux ans, à intervalles variables. Un cas heureux se termina même par la guérison. Cette fragmentation spontanée réalise une

véritable biopsie, permettant de fixer le diagnostic jusque-là hésitant d'une affection rectale.

Mais beaucoup plus fréquemment, on observe le *prolapsus* de la tumeur. Il peut être le premier signe en date, les autres ayant pu passer inaperçus. Le malade remarque, au moment de la défécation, l'existence d'une tumeur. Cas plus rare, c'est au cours des efforts d'expulsion lors d'un accouchement que la tumeur vient s'extérioriser à l'anus (Obs. IV). Cette fréquence du prolapsus dans les tumeurs villeuses est due à leur mobilité sur les plans sous-jacents et l'absence d'infiltration du tissu voisin par la néoplasie.

Dans la grande majorité des cas, le prolapsus se réduit de lui-même. Mais, quelquefois, si la tumeur est pédiculée ou le prolapsus trop volumineux, le malade est obligé pour la réduire de la pétrir, d'où traumatismes et hémorragies concomitantes, en plus de celles que provoque le sphincter anal pour se laisser franchir. Cette mobilité de la tumeur peut être considérée comme un signe de grande probabilité de tumeur villeuse.

Il est arrivé qu'une tumeur soit véritablement étranglée au niveau de son pédicule par le sphincter anal.

Les tumeurs villeuses sont des tumeurs généralement *indolores*. Au cours d'un prolapsus, cependant, par suite du tiraillement du pédicule ou, par le coincement d'une portion de muqueuse entraînée, par les manœuvres de réduction, elles peuvent être le siège de douleurs plus ou moins vives. Mais leur évolution ne s'accompagne, d'habitude, que d'une sensation de plénitude rectale, de pesanteur dans le pelvis, de faux besoins, surtout marqués après avoir été à la selle, et en cas de tumeurs volumineuses. Mais il ne s'agit pas là de douleurs à proprement parler.

Certains auteurs ont rapporté des irradiations en ceinture (Schwartz) dans les lombes, le bassin, et même jusque dans les membres inférieurs. Ne serions-nous pas là devant des cas de dégénérescence de tumeurs villeuses? Ces névralgies et douleurs à distance étant plutôt le fait de tumeurs envahis-

santes et peu en rapport avec le caractère superficiel de la tumeur villeuse pure.

Parfois, ces symptômes douloureux peuvent être le fait d'une rectite accompagnant la tumeur, chose peu fréquente, mais que l'on voit dans notre observation III.

L'état général n'est, d'habitude, que peu touché chez la plupart des porteurs de tumeur villeuse. Un malade de Monod qui présenta les premiers signes de sa tumeur vers l'âge de 4 ans ne fut examiné qu'une trentaine d'années plus tard. Même un écoulement abondant ne touche que faiblement les sujets. Par contre, les rectorragies, qui vont en se répétant et en augmentant de volume, peuvent être une cause d'anémie et d'amaigrissement appréciable. Il en était ainsi dans une de nos observations, où la fatigue due à ces spoliations sanguines successives se compliquait du fait que la femme était en état de grossesse. Cependant, dans l'année précédente, malgré sa tumeur villeuse, cette femme avait engraisé de 10 kilos.

Mais quand on aura affaire à un malade porteur de tumeur villeuse qui, sans raison apparente du côté de sa tumeur, présente une déficience du côté de son état général, il sera bon de se tenir sur le qui-vive et de penser à une dégénérescence possible de l'épithélium, *a fortiori* si la tumeur paraît s'ulcérer ou si l'on constate une adénopathie.

Signes physiques.

Ce sont eux surtout qui vont nous permettre de faire le diagnostic.

Localement d'abord. L'examen de la région anale est, en général, négatif. Les écoulements muqueux de la tumeur villeuse ne produisent pas, quelle que soit leur quantité, les lésions irritatives que l'on rencontre avec les sécrétions cancéreuses : érythèmes, érosions.

Par contre, on pourra trouver des lésions banales siégeant

dans cette région : fistules, hémorroïdes, etc., auxquelles, à la suite d'un examen succinct, on aurait tendance à rattacher les symptômes de la tumeur. Pour certains auteurs, la présence d'hémorroïdes serait un signe de probabilité. Les hémorragies remarquées chez certains malades proviendraient même de ces hémorroïdes en cas de tumeur non probable. Mais il ne semble pas que les observations publiées depuis aient confirmé cette assertion. Dans une de nos observations, on parla d'hémorroïdes, mais à tort. On ne verra que rarement une tumeur villeuse extériorisée, mais si le sujet l'expulse facilement dans un effet de défécation, on lui recommandera de pousser, et en général le diagnostic sera facile, car la tumeur se présentera avec son aspect typique. La photographie qui accompagne notre observation (IV) n'est que l'illustration d'un tel cas, on y remarque, en particulier, le reflet que donne à la tumeur la couche de mucus qui l'enrobait.

Mais si le prolapsus est fixé, la tumeur perd rapidement son caractère vilieux par ulcération : abrasion des villosités, induration inflammatoire, toutes choses qui font penser à une tumeur maligne et où la biopsie nous sera d'un grand secours pour l'exactitude du diagnostic. Biopsie qui sera d'ailleurs largement facilitée du fait même de la procidence de la tumeur.

Nous continuerons notre examen par le toucher rectal, qui va nous donner des renseignements utiles, les tumeurs vilieuses se rencontrant, en général, à 7 ou 8 centimètres de l'orifice anal, c'est-à-dire à portée du doigt.

Celui-ci tombe sur une tumeur mollassse, qui lui donne l'impression de pénétrer dans une masse gélatineuse, dans de la vase (Cooke). S'il essaye d'en apprécier la masse et les contours, il y arrive mal, les contours sont fuyants et mobiles. La base d'implantation est très difficile à délimiter, parfois elle est un peu plus ferme, surtout dans le cas de tumeur pédiculée. D'ailleurs, dans ce cas, la tumeur elle-

même est plus élastique et mieux délimitable. Cependant, il arrivera de commettre de graves erreurs sur le siège et l'étendue de cette zone d'implantation, que l'on sous-estimera toujours largement.

Le doigt, continuant son examen, explorera la souplesse et l'intégrité de la muqueuse avoisinante. Il appréciera aussi la mobilité de la tumeur sur les plans sous-jacents. Les ganglions rétro-rectaux devront être aussi trouvés indemnes.

On terminera l'examen de la muqueuse par la recherche de néoformations aberrantes, qui pourraient être le point de départ de nouvelles tumeurs.

Enfin, on pratiquera la *rectoscopie*, qui tranchera en général le diagnostic et qui, en tout cas, sera le premier temps d'une biopsie. Le toucher a permis de dire que nous avions affaire à une tumeur molle, mobile sur des plans non infiltrés, le rectoscope va nous permettre de préciser le caractère villeux de la tumeur.

Lorsque les malades n'ont pas eu d'évacuation glaireuse abondante ou de lavement préalable, la tumeur apparaît dans le rectoscope comme une masse blanchâtre, gélatineuse, dont la surface est lisse, à peine lobulée; les sillons qui la parcourent lui donnent un aspect encéphaloïde. Quelques traînées sanglantes peuvent être aussi aperçues, mélangées au mucus. La quantité de mucus excrétée peut être telle (Lambling) « qu'il venait baver par gorgées successives à l'embouchure du rectoscope dès qu'on retirait le mandrin et qu'au cours de l'examen, on voyait la sérosité suinter hors de la tumeur comme des mailles d'une éponge ».

Débarrassée de sa couche glaireuse par un lavage intestinal, la tumeur nous paraît rose, hérissée de ses franges plus ou moins bien isolées. On ne pourra pas confondre cette image rectoscopique avec celle d'un adénome, sur lequel on ne relèvera jamais une telle finesse de franges. La surface des polypes peut bien, en effet, présenter dans certains cas un aspect villeux, mais ces villosités sont en général très

petites, séparées par des sillons pour ainsi dire macroscopiques, et la décomposition en lobes et lobules n'est jamais poussée au même degré.

Lorsque le rectoscope bute sur la tumeur, il la refoule et la plaque contre la muqueuse. On ne perçoit pas le crissement qu'en pareil cas provoquerait une tumeur maligne et on ne déclanche pas d'hémorragie abondante, au pis aller un fin piqueté hémorragique.

L'examen rectoscopique possède, en outre, l'avantage de nous permettre de dépister les tumeurs villeuses haut situées et que le doigt ne peut pas atteindre. L'examen rectoscopique est donc à pratiquer systématiquement si l'on se trouve en présence des signes fonctionnels que nous venons d'énumérer, et il ne peut y avoir d'examen véritablement complet sans lui.

Un autre moyen d'investigation est la radiographie après lavement opaque, mais son intérêt est relativement faible à côté de celui de la rectoscopie. Elle pourrait donner quelques renseignements en cas de tumeurs haut situées, qu'elle dépisterait sans préjuger sur la nature de ces tumeurs.

DIAGNOSTIC

Nous avons déjà insisté sur ce fait que le diagnostic a été bien souvent erroné et n'a été finalement porté qu'à l'apparition de la tumeur au dehors. C'est que, par suite de leur rareté relative, les tumeurs villeuses sont facilement méconnues, et l'on a tendance à rattacher leur symptomatologie à l'une des affections banales de la région ano-rectale.

Le diagnostic d'hémorroïdes est le plus souvent posé. Dans une de nos observations, on parla même d'hémorroïdes internes prolabées, alors que c'était la tumeur elle-même qui paraissait à l'anus. Même lorsque l'existence d'hémorroïdes sera dûment constatée, on ne devra pas négliger le toucher et la rectoscopie, surtout lorsqu'elles ont apparu tardivement à l'âge adulte (Lambling). Cette remarque est en accord avec l'observation III : malade âgée présentant des hémorroïdes depuis l'apparition de sa tumeur villeuse.

Nombreux sont aussi les cas qui ont évolué sous le diagnostic d'entérite. La pseudo-diarrhée, les épreintes et le ténesme dans un cas de tumeur volumineuse peuvent en imposer pour une dysenterie amibienne, qui peut d'ailleurs donner chez certains malades au niveau des anciennes ulcérations un certain état bourgeonnant de la muqueuse. Mais, outre que ces ulcérations ont leurs caractéristiques propres d'être taillées comme en coup d'ongle, leur histoire ancienne et les antécédents du malade, les végétations qui les accompagnent feraient plutôt penser à un cancer végétant.

De même la rectite hémorragique bourgeonnante syphilitique décrite par Bensaude, et qui se traduit par des masses saignant au moindre contact, sera facilement différenciée.

La blennorrhagie peut donner des végétations molles saignant facilement et siégeant d'habitude sur une muqueuse très enflammée.

La tuberculose peut donner de grosses végétations molles, rouges et ulcérées.

Le polype du rectum se rencontre de préférence dans le jeune âge. Il est unique, uni à la muqueuse par un pédicule étroit et aplati. Il est plus ferme que la tumeur villeuse, plus élastique. Il s'accompagne comme elle de procidence intermittente, d'émissions glaireuses et sanguines.

La polypose rectale peut être confondue avec les tumeurs villeuses par son siège, sa diarrhée chronique et ses hémorragies abondantes entraînant une altération rapide de l'état général. A l'examen, rouge sombre ou gris rougeâtre, la surface de ces polypes présente des dessins que Strauss compare aux inégalités que l'on trouve sur la peau des crocodiles, circonscrivant des villosités moins molles, moins souples et moins longues que celles observées dans une tumeur villeuse vraie. Tout doute sera levé par la biopsie, qui nous montrera en cas de polype une prolifération abondante des glandes de la muqueuse rectale dans un tissu conjonctif de nouvelle formation.

Il ne faudra pas non plus commettre l'erreur de confondre une tumeur villeuse prolabée et fixée avec un prolapsus rectal enflammé et ressemblant à une tumeur.

Mais c'est surtout avec le cancer que se pose le diagnostic de tumeur villeuse. L'épithélioma cylindrique, par son aspect en chou-fleur, rappelle la tumeur villeuse; il se retrouve chez des malades âgés, accompagné de signes de déchéance organique, d'alternatives de diarrhée et de constipation, de faux besoin, de plénitude rectale, d'hémorragies. Mais l'examen direct révèle, en cas de cancer, une tumeur dure, facilement délimitable, à végétations grosses, friables implantées sur une muqueuse indurée plus ou moins fixée aux plans sous-jacents. La dissemblance s'accuse un peu plus à l'examen direct : couleur rouge violacé, résistance à la progression du

rectoscope, hémorragie abondante. La biopsie nous montre une anarchie complète dans la structure de cette tumeur avec cellules irrégulières, à noyaux volumineux, disproportionnés, entassés sur plusieurs épaisseurs, en mitoses atypiques fréquentes, tubes glandulaires sans orientation, avec bourgeons pleins, toutes choses qui ne se rencontrent pas dans les tumeurs villeuses.

En sens inverse, il se peut que l'on prît une tumeur villeuse dégénérée ou dendritique pour un cancer. La biopsie nous permettra de faire heureusement le diagnostic, le pronostic et les indications opératoires étant beaucoup plus favorables dans le cas de tumeur villeuse.

Ces tumeurs villeuses dendritiques d'emblée malignes qu'a observées Lambling avaient déjà été décrites par les auteurs allemands Rokitsansky et Hauser, qui en avaient fait des cancers villeux. D'après Lambling : Comme pour les tumeurs villeuses bénignes, on a affaire à une tumeur présentant un chevelu de villosités se détachant de la surface de l'intestin, mais ayant l'air de se développer dans une érosion de la muqueuse par suite du manque constant de réaction adénomateuse dans le chorion. La *muscularis mucosae* est fracturée, mais l'ensemble du processus se développe surtout du côté de la lumière intestinale.

A l'examen microscopique, on trouve une abondance énorme de villosités développées d'une façon absolument anarchique. Ces villosités, tantôt gracieuses et isolées, peuvent s'échapper d'un jet rectiligne de la muqueuse; tantôt d'un tronc conjonctif elles se détachent en tous sens; ou, larges et épaisses, elles émettent de nombreuses branches courtes et inégales. Les espaces limités par ces néoformations sont absolument irréguliers et dessinent la coupe irrégulière des villosités dendritiques.

L'épithélium de revêtement ne forme pas la couche continue que l'on trouve sur les tumeurs villeuses bénignes; par endroits, on remarque des plissements, par endroits se for-

ment des bourgeons pleins, tantôt en saillie à la surface de la villosité, tantôt invaginés à l'intérieur, vers l'axe conjonctif.

On ne voit pas de réaction adénomateuse; les seules images glandulaires parfois rencontrées doivent être considérées comme des acini néoplasiques que la tumeur a avancés dans le tissu cellulaire.

Le passage de la muqueuse saine à la tumeur se fait au niveau d'un repli comparable à une valvule connivente rabattue vers la tumeur. Un des versants est occupé par la muqueuse saine et ses glandes, l'autre répond à la tumeur, et brusquement, au niveau du sommet de la valvule, l'épithélium villeux remplace l'épithélium normal.

Les éléments cellulaires atypiques rappellent dans certains cas les hautes cellules cylindriques de la tumeur villeuse bénigne, mais sont représentés surtout par des cellules cylindro-cubiques à noyau volumineux vasculaire, en division chromatique atypique, d'aspect nettement cancéreux. Jamais on ne trouve de cellules muqueuses.

Le tissu conjonctif des végétations se réduit à quelques éléments infiltrés de cellules plasmatiques avec un capillaire souvent volumineux. Le processus d'infiltration a l'air de se produire par multiplication des cellules dans le fond d'une villosité et par invagination, de même que dans le cancer glandulaire. Le tissu musculaire n'est séparé à leur niveau par endroit que par une mince couche de tissu conjonctif. Ce processus d'accroissement par la base n'exclut pas l'accroissement par le sommet, caractéristique de la tumeur villeuse. Le processus est surtout actif au niveau des parties centrales de la tumeur. Dans les parties latérales, il existe au niveau de la couche conjonctive des vacuoles colloïdes, homogènes, prenant légèrement les colorants, dans lesquelles flottent des fibrilles conjonctives et des fragments de bordures épithéliales. Elles peuvent gagner en profondeur la couche musculuse, l'éroder ou la dissocier.

On trouve enfin toutes les formes de transition entre le

mode d'extension des tumeurs villeuses malignes et du cancer du rectum.

Certains auteurs les rangent, d'ailleurs, sans autre forme de procès, dans les cancers banals du rectum, dont elles ne seraient qu'une modalité. Mais l'évolution différente portant vers la tendance qu'ont ces tumeurs à diriger tout leur développement vers la lumière intestinale, à l'encontre de celle du cancer, qui se propage par noyaux pleins ou creux, nous fait penser que, malgré la grande analogie qui règne entre les cellules, il s'agit là d'une forme différente. Ceci est en concordance avec une origine cellulaire différente à la base de ces tumeurs.

De même, on ne peut soutenir qu'il s'agisse là de tumeurs bénignes secondairement dégénérée et totalement dégénérée, car l'architecture même des villosités est différente pour les deux cas, et jamais on ne trouve dans aucune tumeur villeuse bénigne, même très dégénérée, de zones rappelant la tumeur dendritique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Caractères macroscopiques.

Les tumeurs villeuses se présentent avec un grand polymorphisme, mais, en général, on trouve des masses plus ou moins volumineuses, allant le plus communément du volume d'une cerise à celui d'une mandarine, mais pouvant être plus grosses : le volume d'un poing dans l'observation IV, d'une tête de fœtus à terme dans un cas d'Alligham et dans un autre de Mondor.

Revêtues d'une couche abondante de mucus particulièrement visible par ses reflets sur la photographie qui accompagne notre observation IV, elles nous montrent un aspect encéphaloïde. Le mucus enlevé, nous avons affaire à une tumeur rougeâtre, dont la surface est finement hérissée de papilles d'ailleurs souvent plus ou moins agglutinées et qui, plongées dans l'eau, se dressent comme les rameaux d'une algue chevelue. Ces papilles s'insèrent les unes sur les autres à leur base et sur des zones plus grandes qui forment les lobules et les lobes de la tumeur.

Elles s'implantent sur la muqueuse par un pédicule ou elles sont sessiles. Le pédicule est le plus souvent court et large. Certains mesuraient cependant jusqu'à 5 et 7 centimètres. Les tumeurs qu'ils portent ne sont pas, en général, très volumineuses. Ils sont dus à un allongement de la muqueuse rectale par suite du tiraillement incessant de la tumeur, la forme primitive étant la forme sessile.

Dans ce cas, l'insertion se fait sur une surface plus ou moins grande. Les villosités en bouquets de végétations pla-

côtes côte à côte sont disposées en placards irréguliers, en bandes, quelquefois circulairement. Parfois même, toute la muqueuse rectale est envahie par des bourgeons villeux, répartis sur toute sa hauteur : le rectum pousse en tumeur villeuse. Lambling a donné à ce phénomène peu banal le nom de maladie villeuse. Il semble bien, dans le cas qu'il a observé, que la prolifération « explosive » observée soit sous la dépendance d'une cause générale agissant sur toutes les cellules simultanément et qui nous échappe.

Bien souvent, ces tumeurs sont multiples; à côté d'une tumeur principale, on trouve, par un examen attentif, des houppes cellulaires en voie de développement. Un dépistage soigné de ces tumeurs aberrantes doit être fait avant l'intervention, car elles seront le siège de récidives.

La muqueuse tout autour est normale, et l'on passe brusquement de la région saine à la région tumorale. Peut-être serait-elle un peu plus vascularisée à son contact immédiat.

La consistance molle, gélatineuse, de ces tumeurs a déjà été longuement décrite lors de la symptomatologie; nous n'y reviendrons pas ici.

Caractères microscopiques.

Les particularités que nous venons d'énumérer nous permettent de penser que nous avons affaire à une tumeur épithéliale. En effet, ces néoformations sont développées aux dépens de la couche cellulaire de revêtement que maintient une faible charpente conjonctive. Nous allons étudier successivement le tissu conjonctif et le tissu épithélial.

A un faible grossissement on voit, et on le voit mieux sur une tumeur pédiculée, deux zones : la zone superficielle avec sa couche de cellules épithéliales et une zone profonde peu abondante qui n'est que l'épanouissement du pédicule. Il est composé de fibres conjonctives, de cellules musculaires lisses et de cellules du tissu conjonctif; de cellules migratrices, de cellules conjonctives jeunes et de petits vaisseaux.

Du côté externe, il ne dépasse pas la *muscularis mucosae*, qui le sépare des plans musculaires. Si, parfois, cette *muscularis* n'est plus visible au niveau de la tumeur, on ne peut pas dire cependant que la néoformation se soit enfoncée dans la paroi.

Du côté interne, le tissu conjonctif pousse des digitations, en se ramifiant plus ou moins pour constituer le squelette de la tumeur. En effet, dans certaines papilles, la couche conjonctive proprement dite est extrêmement réduite et les cellules de revêtement sont plaquées sur le petit vaisseau qui suit l'axe de la villosité. Ces tumeurs sont, en effet, très vascularisées pour la plupart, et c'est sans doute à leur grande souplesse et au fait que jamais ces néoformations capillaires ne sont dépourvues de parois propres que l'on ne remarque pas fréquemment d'hémorragies abondantes. On n'y trouve que peu de fibres conjonctives de nouvelle formation, mais dans le réticulum de fibrilles lâches qui le compose sont des cellules conjonctives jeunes, des cellules migratrices dont l'abondance est en relation avec le degré d'inflammation de la tumeur et à la base surtout quelques fibres musculaires lisses.

Nous voyons là un aspect absolument identique à celui du tissu interstitiel de l'adénome du rectum.

Très fréquemment, on trouve à la base de la tumeur, entre elle et la *muscularis mucosae*, une couche glandulaire. On les rencontre sous l'aspect de tubes irrégulièrement dispersés et disposés dont l'épithélium est composé de cellules à mucus, claires, comme celles que l'on peut voir dans les glandes de Lieberkühn voisines, mais aussi de cellules foncées caractéristiques de la tumeur vilieuse. Il existe donc une réaction adénomateuse accompagnant, dans certains cas, l'apparition de la tumeur vilieuse, et si la présence de tubes glandulaires à cellules type vilieux nous portait à penser que cette réaction adénomateuse soit le fait d'une invagination d'espace intervilloux dans le chorion, le fait qu'on ne les trouve pas dans la partie profonde de l'adénome qui est uni-

quement formée de cellules claires nous oblige à dire que seule une réaction du tissu glandulaire normal est à la base de ces néoformations.

Mais, néanmoins, on trouve des cas typiques de tumeurs villeuses sans trace de réaction adénomateuse vraie.

L'épithélium villeux revêt comme un manteau les villosités de sa couche unique de cellules, où les noyaux très colorés forment une ligne continue à la bordure de la villosité; par endroits, une cellule à mucus fait une tache claire. Nous avons donc affaire à deux types de cellules : la cellule mucipare et la cellule cylindrique à noyau sombre.

Les cellules mucipares ne diffèrent en rien de la cellule mucipare normale de l'épithélium du gros intestin. Peut-être sont-elles plus hautes que les cellules muqueuses des glandes de Lieberkühn. Certaines gorgées de mucus qui dépasse leur pôle superficiel comme un champignon, n'ont qu'un noyau basal, petit, plus ou moins déformé en croissant pour englober les produits d'excrétion. Le protoplasme qui l'entoure est peu colorable et peu abondant. Dans d'autres cas, le mucus n'occupe qu'une très faible partie de la portion haute de la cellule et on peut assister à tous les degrés de transition entre ces deux cas, le protoplasme et le noyau devenant de plus en plus abondant au fur et à mesure que décroît la quantité de mucus excrétée. Il semble bien que cette diminution d'activité sécrétrice soit due à une nouvelle orientation fonctionnelle de la cellule. L'abondance des cellules mucipares varie beaucoup avec les tumeurs observées, certaines paraissant formées presque exclusivement de cellules mucipares, dégageant une quantité considérable de mucus agglutinant les franges. D'autres n'en sont que très faiblement pourvues.

La cellule épithéliale semble être le terme de l'évolution de la cellule mucipare normale si l'on en croit les différentes images que l'on rencontre dans ces tumeurs. Elle rappelle la cellule de l'épithélioma cylindrique du rectum. C'est une cellule cylindrique haute, à base un peu plus élargie, sans

cils ni plateau. Le protoplasme est un peu granuleux, le noyau ovalaire très coloré siège à la hauteur moyenne ou à la base, quelquefois même cette position alterne régulièrement d'une cellule à l'autre. Sur la plus grande partie de la tumeur, ces cellules se disposent en palissade l'une contre l'autre et toujours sur une seule assise. Elles ne paraissent plus douées d'aucune activité particulière en dehors de leur faculté de se reproduire pour certaines et jouent simplement le rôle d'un épithélium de revêtement.

Mais par endroits on peut remarquer des zones où l'épithélium devient de plus en plus serré et de plus en plus haut. Les cellules ont l'air d'être sollicitées par des forces latérales qui tendraient à les énucléer à l'intérieur de l'espace intervilleux. Il se forme des éperons cunéiformes dans lesquels on ne trouve pas de cellules mucipares. Ces éperons bombent à l'intérieur de la cavité intervilleuse. En outre, on observe des cellules imbriquées les unes sur les autres, augmentant le diamètre de la villosité. Certains bourgeons s'enfoncent aussi vers l'intérieur.

Dans ces zones de dégénérescence, on observe des modifications dans la constitution intime de la cellule. Sa forme d'abord : la cellule s'aplatit, devient cylindro-cubique, le protoplasma se colore moins bien. Le noyau central, irrégulier, augmente de volume, se colore très énergiquement çà et là avec des nucléoles plus foncés et des figures de mitose. Elles sont plus nombreuses qu'au niveau de l'épithélium normal et surtout irrégulières.

Dans le tissu conjonctif, on observe des modifications parallèles. Au-dessous des bourgeons que fait l'épithélium on trouve un petit vaisseau, axe de la nouvelle villosité. Les glandes de la base présentent des tubes cellulaires pleins irréguliers qui s'enfoncent parfois dans la sous-muqueuse.

La dégénérescence semble débiter par la partie la plus externe de la tumeur, l'extrémité libre des franges, et la prolifération se fait surtout vers la lumière intestinale. Ceci

explique le peu de cas où l'on rencontre une infiltration de la musculuse et à fortiori des organes voisins et du petit bassin. Le peu d'extension explique le peu de métastases, la tumeur n'ayant que fort peu de relations avec le système lymphatique. Malgré tout, il arrive de trouver de véritables métastases ganglionnaires reproduisant la figure d'un cancer typique du rectum. On a enregistré aussi des cas de métastases plus éloignées : foie, péritoine, mais qui ne furent pas confirmées par la nécropsie.

Dans d'autres observations, on a pu remarquer une dégénérescence débutant par les glandes de la région basale et respectant l'ordonnance de l'épithélium de revêtement.

PATHOGENIE

Les avis sont très partagés sur la place qu'il convient d'attribuer aux tumeurs villeuses du rectum parmi les néoformations que l'on rencontre dans cet organe.

Refusant pour ces tumeurs toute individualité histologique, les uns en font des adénomes : l'adénome banal du rectum, dont elles constitueraient un mode particulier par son revêtement externe villeux. Ils se basent, pour dire cela, sur la fréquence avec laquelle on remarque des processus adénomateux à la base de ces tumeurs. Parmi les défenseurs de l'adénome, d'autres auteurs, en prenant comme critère l'évolution muqueuse particulière, classent les adénomes en : adénomes muqueux et adénomes villeux. Pourtant, on trouve des cas de tumeur villeuse sans réaction adénomateuse quelconque.

Les autres, frappés par la fréquence avec laquelle ces tumeurs sont capables de dégénérer, sur la ressemblance des cellules villeuses avec les cellules cylindriques de l'épithélioma du rectum, les considèrent comme des tumeurs malignes à marche extrêmement lente, qui auraient comme particularité la faculté de ne s'étendre que très lentement et de ne pas faire des métastases. Quenu et Landel les comparent à certains cancroïdes de la face, que l'on observe chez les vieillards.

D'autres encore, reconnaissant qu'il existe deux formes de tumeurs villeuses, classent l'une, la forme bénigne, parmi les adénomes et la forme maligne dans les carcinomes, sans leur donner une individualité propre.

Nous avons vu que l'absence de toute réaction glandulaire

allait à l'encontre de l'idée d'adénome, nous allons voir en quoi la tumeur vilieuse bénigne, telle qu'elle est décrite par les auteurs, se différencie du cancer. Pour les apparenter à l'épithélioma, on a dit que la cellule de l'épithélium vilieux différait de la cellule épithéliale normale et se rapprochait de la haute cellule cylindrique de l'épithélioma. Ces différences sont faibles : elles portent sur la taille, un peu plus haute dans les tumeurs vilieuses; sur leur plus grande colorabilité. Mais jamais on ne remarque dans la tumeur vilieuse type des modifications nucléaires ni d'anarchie cellulaire, caractéristique du cancer, et l'on ne peut regarder la fréquence moindre de cellules à mucus dans ces tumeurs comme une désorganisation dans l'architecture du tissu.

Les images anarchiques rencontrées dans les tumeurs vilieuses doivent être considérées comme un signe de dégénérescence secondaire, dégénérescence qu'elles ont le droit de faire comme toute tumeur bénigne sans que pour la tumeur première on puisse dire qu'il s'agit d'un cancer.

Si nous considérons la muqueuse rectale au point de vue histologique, nous lui reconnaissons deux zones : une zone profonde muqueuse formée par les glandes de Lieberkühn, et une zone superficielle, l'épithélium de revêtement proprement dit. Les cellulés de cet épithélium sont un peu plus grandes que celles des glandes de Lieberkühn, mais dans les deux cas nous trouvons les mêmes types cellulaires : cellule cylindrique et cellule à mucus. C'est que ces deux épithéliums dérivent d'un épithélium commun et sont, malgré tout, très peu différenciés, ce qui nous explique la grande analogie qui existe entre les diverses néoformations du rectum. Chez le fœtus, en effet, à un moment donné du développement, on peut voir apparaître à la surface de la muqueuse intestinale de nombreux plis, qui s'élèvent vers la lumière de l'intestin. Ces plis vont se souder entre eux par leurs bases, délimitant ainsi des espaces qui deviendront les glandes de Lieberkühn, tandis que la partie superficielle

deviendra l'épithélium superficiel de développement. Ce mode de développement de glandes est d'ailleurs particulier à l'intestin, les autres naissant de bourgeons pleins.

Sous l'influence de causes qui nous échappent, comme nous échappent les causes du cancer, mais qui semblent bien dans notre cas être de l'ordre des irritations chroniques, car on peut remarquer que les cancers du tube digestif sont d'autant plus fréquents que les matières séjournent plus longtemps dans la portion considérée, ces deux types d'épithélium vont réagir chacun à leur manière, tout en conservant une grande analogie du fait de leurs origines communes. Dans les cas bénins, l'épithélium de revêtement se transformera en tumeur vilieuse bénigne, tandis que le tissu glandulaire donnera l'adénome classique; dans les cas malins, l'épithélium de revêtement donnera la tumeur vilieuse dendritique, tandis que l'épithélium glandulaire donnera le cancer classique épithélial du rectum.

D'autres faits viennent à l'appui de ces hypothèses : tous les auteurs n'ont-ils pas dit que les tumeurs vilieuses semblaient tirer leur origine d'un accroissement excessif d'un éperon interglandulaire ? Et que trouve-t-on à ce niveau si ce n'est les cellules de revêtement qui n'ont jamais évolué vers la fonction glandulaire et filles directes des cellules primitives qui se multiplient en s'élevant au-dessous du plan de la muqueuse originelle ? Et cette hérédité chez des cellules qui n'ont pas subi l'évolution glandulaire n'est-elle pas suffisante pour expliquer la tendance particulière qu'ont les tumeurs vilieuses d'évoluer en se développant toujours vers la lumière de l'intestin.

Quant à la présence si souvent constatée de réactions adénomateuses dans les tumeurs vilieuses, ne peut-on pas l'expliquer par une réaction propre du tissu glandulaire, évoluant selon son mode particulier sous l'influence des causes qui ont déclenché l'apparition de l'épithélium vilieux ?

Dans le cas de tumeur dendritique, le parallélisme d'évolution des deux types épithéliaux est plus difficile à saisir.

En effet, on n'a jamais remarqué d'altérations glandulaires correspondantes, et les images glandulaires observées dans de tels cas ont paru aux auteurs devoir être rapportées à l'intrusion dans le stroma conjonctif d'espaces intervilleux. L'absence complète de cellules muqueuses constatée au cours de leurs divers examens ne concorde pas avec l'idée du cancer banal, où l'on rencontre des cellules mucipares. Nous espérons que des observations nouvelles viendront jeter quelque lumière sur ces faits, car la rareté de ces tumeurs, que nous n'avons pas eu le bonheur de constater, et le peu d'observations publiées ne nous permettent pas de conclure.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

En examinant la symptomatologie des tumeurs villeuses du rectum, on a vu déjà combien cette évolution était lente.

Il est très difficile d'en préciser la durée. Dans une observation très intéressante de Lambling, la tumeur, constatée à l'âge de 4 ans, ne se traduisit pendant une trentaine d'années que par de petites hémorragies.

Le début en est certainement très insidieux, étant donné le peu et la banalité des symptômes constatés, et leur permet de passer complètement inaperçues. A la période d'état apparaissent, avec de grandes variations suivant les cas, mais plus fréquemment : les écoulements muqueux, qui passeront souvent sous la dénomination de diarrhées; les hémorragies, plutôt de faibles quantités, et souvent, dès qu'elle aura atteint un certain volume et si surtout elle est pédiculée, la tumeur elle-même. Dans les cas où elle ne s'extériorise pas, on peut être appelé à la soupçonner par la sensation de plénitude rectale, de gêne et de pesanteur dans le pelvis, de fausses envies dont se plaint le malade.

Abandonnée à elle-même, la tumeur pourra s'étrangler au cours d'un prolapsus, cas très rare, mais dont il existe une observation. Par les écoulements abondants, les hémorragies répétées, elle pourra retentir sur l'état général du porteur, quelquefois d'une façon assez grave. Mais, en général, l'état général n'est que peu touché et, la tumeur n'étant pas douloureuse, les malades vivent en bon accord avec elle.

Enfin, et cela très fréquemment, elle peut évoluer vers la dégénérescence maligne. Cette dégénérescence est d'ailleurs très lente, et le plus souvent ne se traduit pendant long-

temps que par de légères modifications cellulaires, et malgré la biopsie on risque bien souvent de la méconnaître. A un degré un peu plus avancé, elle peut se traduire par une légère transformation des villosités, qui sont moins hautes. Il existe dans la tumeur des zones moins douces au toucher, la tumeur saigne un peu plus et les écoulements muqueux sont moins abondants.

Plus tard apparaissent les signes de tumeur dure : sub-obstruction, dysurie, douleur, etc... Mais, dans tous les cas, même une tumeur dégénérée ne se propage que très lentement et l'on a des survies qui dépassent de loin celles que donne le cancer cylindrique du rectum.

Le pronostic, on le voit, pour les tumeurs villeuses non dégénérées, est donc bénin, malgré la très grande proportion de cas de dégénérescence observés. Cependant, la possibilité de cette transformation maligne commande l'extirpation rapide. Même dégénérée, la limitation et le peu de tendance à l'envahissement du processus vilieux permettent d'espérer, avec des opérations peu mutilantes, de bons résultats éloignés. Cependant, on devra toujours faire des réserves pour le cas d'une cancérisation passée inaperçue et qui, à plus ou moins longue échéance, apparaîtra sous forme métastatique.

Quant aux récidives locales, il semble qu'on en soit à l'abri par la technique actuellement employée dans leur résection; et la plupart des cas observés après une opération consciencieuse proviennent de petites tumeurs aberrantes passées inaperçues au cours de l'examen. Malgré tout, au bout d'une période très éloignée, on a vu des récidives envahissant totalement et brusquement tout le rectum.

TRAITEMENT

Par suite du polymorphisme des cas rencontrés, tous les traitements des tumeurs ont été appliqués aux tumeurs vil-
leuses.

I. — Les méthodes opératoires et leurs résultats.

A. — TRAITEMENTS PHYSIQUES.

On a appliqué aux tumeurs vil-
leuses les traitements par
irradiation (radium, rayons X) et la coagulation (diathermie,
étincelage).

1° *La radiothérapie et la curiethérapie.* — Dans les cas de
tumeurs bénignes, les résultats obtenus après irradiations
peuvent être considérés comme nuls. Tout au plus observe-
rait-on un abrasement des villosités. Certains ont conseillé ce
traitement avant l'acte chirurgical pour le faciliter, mais
il semble que cette méthode, inconstante et peu efficace,
puisse entraîner des lésions des tissus voisins qui devront
plus tard être aptes à une bonne cicatrisation de la plaie opé-
ratoire. Ne sont à traiter par ce procédé que les sujets por-
teurs de lésions si diffuses qu'elles ne peuvent plus être
justiciables de l'exérèse ou de la fulguration, ainsi que les
malades refusant le bénéfice d'une intervention.

Dans les cas de tumeurs bénignes dégénérées ou malignes
d'emblée, il semble que l'action soit encore plus faible. On
a pu observer un abrasement des franges vil-
leuses avec réac-
tion cicatricielle et points de nécrose. Ces résultats sont tou-
jours limités et n'empêchent pas l'infiltration profonde de

progresser, et l'on a remarqué, en suivant par des biopsies successives les malades ainsi traités, que la marche de la dégénérescence pouvait être activée.

2° *L'électrocoagulation et la fulguration.* — Elles se sont montrées plus actives, sans présenter toutefois les mêmes effets heureux que sur les tumeurs vésicales. La diathermie a pour inconvénient d'être aveugle et de ne pas permettre, comme on peut le faire avec un bistouri, de se rendre compte de l'étendue de la destruction. On s'expose, d'une part, à de grands délabrements avec nécrose, eschare et suppuration, et, d'autre part, à ne pas détruire toute la tumeur, laissant intacte quelque parcelle qui servira de base à une récurrence. De plus, une tumeur volumineuse ne pourra être traitée en une séance et, entre chacune d'elles, on pourra remarquer une repousse partielle de la tumeur. Bien heureux si l'on n'observe pas une dégénérescence maligne des tumeurs bénignes ou une recrudescence du processus malin chez les tumeurs déjà dégénérées, comme si ce traitement donnait un coup de fouet à la cancérisation. Et même, dans les cas de guérison, il est très fréquent d'observer au niveau de la cicatrice, une zone indurée, qui, sous la répétition des fulgurations, a pu être le point de départ de tumeurs malignes.

En résumé, les indications de l'électrocoagulation et des irradiations sont très limitées et ces méthodes ne relèvent, en quelque sorte, que des contre-indications de la chirurgie.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

C'est certainement le seul traitement rationnel des tumeurs villeuses, mais là encore de nombreuses techniques ont été employées devant la diversité des cas.

a) *Les soins préopératoires.* — Ce seront ceux de toute intervention sur le rectum, que l'on essayera de désinfecter le mieux possible à l'aide d'antiseptiques légers : permanganate à 2 p. 100, eau oxygénée, goménol, etc.

b) *L'anesthésie.* — Le choix de l'anesthésique est particu-

lièrement important, car la majorité des cas étant opérables par voie transanale, une bonne dilatation du sphincter est nécessaire.

L'anesthésie locale est à rejeter absolument, car elle ne donne pas un relâchement suffisant du sphincter ni une bonne insensibilisation.

L'anesthésie générale donne, dans la plupart des cas, une dilatation anale suffisante sans permettre toutefois celle que l'on peut obtenir avec l'anesthésie rachidienne.

La rachianesthésie semble être, en effet, l'idéal pour obtenir une bonne dilatation, et, actuellement, en suivant les données établies pour ce mode d'anesthésie, et en particulier le mode dit « en goutte lourde » de M. Ravaut, on évite les accidents qu'on observait autrefois après injection d'anesthésique dans le canal médullaire, et l'on peut obtenir une dilatation maxima du sphincter donnant le maximum de jour sur le champ opératoire, écartant le danger d'opérations laborieuses, comme celle de notre observation II.

La voie épidurale n'a pas été utilisée, nous semble-t-il, pour anesthésie faite en cas d'ablation de tumeur vilieuse.

c) *L'extirpation par les voies naturelles.* — Elle a été pratiquée de façon très simple : en présence de franges peu abondantes, des opérateurs se sont contentés de les sectionner aux ciseaux au ras de la muqueuse et d'assurer l'hémostase. D'autres, ayant eu affaire à des tumeurs bien pédiculées, les ont traitées comme des adénomes par ligature du pédicule, qui fut ensuite incisé au bistouri ou au thermocautère. Mais, si l'on eut à enregistrer par ces méthodes des résultats incontestables, on eut, en revanche, à constater de très fréquentes récidives.

L'expérience a démontré, en effet, qu'il était nécessaire de pratiquer une résection un peu plus étendue et d'exciser au pied du pédicule ou en dehors de la zone d'implantation pour une tumeur sessile une collerette de muqueuse saine. Cette condition bien comprise, la résection de la tumeur par les voies naturelles est certainement l'intervention de choix et celle que l'on pourra pratiquer le plus souvent.

Après abaissement de la tumeur à travers l'anus dilaté, on incisera la muqueuse de 1 centimètre à 1 cm. 5 en dehors de la surface d'implantation. Le bistouri électrique semblerait avoir là une de ses applications, étant donné le caractère très vasculaire des tumeurs villeuses. Cette grande vascularisation fait qu'on devra surveiller tout particulièrement l'hémostasie : repérer et pincer bien soigneusement tous les vaisseaux qui saignent et les lier isolément (Lecène). Dans l'abaissement de la tumeur, il est à noter que bien souvent des tumeurs à insertion antérieure entraînent dans leur descente le cul-de-sac de Douglas, qui risque d'être lésé par le bistouri. Il faut bien se rappeler la possibilité d'une telle éventualité et l'éviter si on la rencontre. On apportera aussi de grands soins à la suture de la plaie opératoire et l'on fera autant que possible des points non perforants au catgut chromé.

d) *La résection par les voies naturelles.* — A notre connaissance, ce mode opératoire n'a pas été tenté pour l'extirpation des tumeurs villeuses, et il semble que la méthode décrite par Hartmann pour la résection rectale en cas de rétrécissement, puisse être appliquée aux cas de tumeurs villeuses.

Hartmann pratique une résection intrasphinctérienne qui « permet, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer *à priori*, de faire des ablations étendues, d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal dans un certain nombre de cas et d'enlever par cette voie, en apparence étroite, une longueur considérable de rectum ».

« Après dilatation anale, nous faisons une incision circulaire au niveau de la zone cutanéomuqueuse. Lorsqu'il existe, ce qui est fréquent, des condylomes, l'incision doit être reportée plus en dehors, de manière à permettre leur ablation. En principe, cette incision franchement cutanée doit être évitée lorsqu'elle n'est pas absolument nécessaire, parce qu'elle entraînera au moment de la suture une extériorisation de la muqueuse et qu'une fois guéri le malade

aura, d'une manière définitive, une petite partie de la muqueuse au-dessous de la région sphinctérienne, ce qui entretient une humidité constante par suite du suintement normal de la muqueuse et constitue par là même un petit ennui pour l'opéré.

» Cette incision circulaire faite, le chirurgien chemine en dedans des sphincters, comme il le fait dans l'extirpation des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. La seule différence est que la séparation de la muqueuse, au lieu de se faire très simplement par décollement de la couche celluleuse sous-muqueuse, doit être faite au bistouri et nécessite une véritable dissection par suite du processus de rectite sténosante.

» Arrivé à la partie supérieure de la région sphinctérienne, nous proposons d'enlever en masse les parties malades, nous avançons soit par dissection, soit par décollement, suivant le plus ou moins de facilité que nous éprouvons à séparer les parties, et, tout naturellement, sans l'avoir cherché, nous nous trouvons en dehors du rectum.

» Toutes les tuniques rectales se trouvent, en effet, fusionnées, comme nous l'avons vu lorsque nous avons étudié l'anatomie pathologique des rétrécissements, en un bloc fibrolardacé, où il est impossible de rien isoler.

» La séparation et l'isolement du rectum sont alors faciles et peuvent se faire avec une compresse de gaze que refoule le doigt. Souvent cependant, par suite de l'épaississement scléro-fibromateux périrectal, on est obligé de recourir aux ciseaux et au bistouri. Comme on se rend assez mal compte de l'état des parties, nous fendons, en général, l'intestin sur la ligne médiane antérieure, maintenant constamment en arrière et en bas avec des pinces de Richelot les deux lèvres de l'incision ainsi faite. Cela a évidemment l'inconvénient de ne pas enlever, comme on le fait dans l'amputation pour cancer, le rectum comme un vase clos, mais, en faisant l'opération sous un courant d'eau salée à 7 p. 100, nous n'avons jamais constaté d'inconvénients de cette pratique.

On voit ainsi l'état de la muqueuse, le rétrécissement, et l'on se rend compte de l'endroit où il faut sectionner transversalement l'intestin. Lorsqu'on a dépassé le point rétréci, le décollement devient toujours facile et peut être fait avec le doigt. Il faut le pousser assez haut pour que la branche de section puisse être affrontée sans traction aux bords de l'incision cutanée.

» Dans plusieurs cas, pour obtenir cette mobilisation du rectum, écartant la demi-circonférence antérieure du sphincter avec une petite valve vaginale, nous avons ouvert le cul-de-sac péritonéal, ce qui, dans aucun cas, n'a amené de complications et ce qui est facile, contrairement à ce que l'on aurait pu penser *a priori*.

» Toutes les fois que les lésions ne remontent pas trop haut, on fera la section en un point où la muqueuse est saine, ne se préoccupant pas de l'épaississement des tissus périrectaux, qui peut remonter plus haut que les lésions de la muqueuse.

» Le cylindre abaissé est alors suturé à la peau. Au début, nous placions entre les sutures plusieurs petits bouts de drains. Il nous a semblé que cette manière de procéder nuisait à la suture. Depuis des années nous faisons une suture complète du rectum abaissé à la peau. Comme il est toutefois nécessaire de ne pas laisser sans drainage les espaces résultant du décollement, espaces qui peuvent être le siège d'un suintement ou qui peuvent avoir été légèrement infectés au cours de manœuvres, l'intestin ayant été, comme nous l'avons dit, ouvert pendant l'opération, nous faisons au niveau de la face postérieure d'une des fosses ischio-rectales, une incision par laquelle nous insinuons deux drains qui descendent en V pour aller au-dessus des sphincters. »

e) *La résection par voie pararectale.* — Dans ce cas comme dans le cas d'amputations, il sera nécessaire de pratiquer un anus iliaque pour dériver les matières et mettre le bout terminal de l'intestin au repos. Nous n'insisterons pas sur les techniques diverses employées; on a usé de tous les pro-

cédés classiques : voie sacrée (Kraske), voie sacro-coccygienne (Chalier); voie parasacrée.

f) *Les amputations rectales par voie périnéale et par voie combinée abdomino-périnéale.* — Elles semblent, par l'intensité des dégâts qu'elles entraînent, hors de proportions avec le peu de malignité des tumeurs. Pour des cas, très rares, de tumeurs très volumineuses, ou accompagnées d'une très grande extension lymphatique, on a été obligé cependant d'y recourir.

C. — LES COMPLICATIONS.

Les complications immédiates sont le plus souvent absentes. On peut rencontrer cependant des rétentions d'urine, des suppurations après résection, des hémorragies, que l'on prévient par une hémostase rigoureuse, et l'on évitera la péritonite par ouverture du Douglas en se rappelant la possibilité de descente du péritoine pour tumeurs à implantation antérieure.

Les complications tardives n'ont pas été signalées. En particulier on n'a pas eu à constater de rétrécissement.

D. — LES RÉSULTATS.

Les résultats de ces diverses techniques sont, en général, extrêmement encourageants. L'exérèse par les voies naturelles pratiquée correctement avec collerette muqueuse permet d'éviter toute récurrence locale. Un de nos malades opéré depuis plus de six ans et demi est en parfait état de guérison. Les autres malades opérés depuis moins longtemps ne présentent pas non plus d'échecs. D'autre part, nous voyons que Lambling sur 15 cas donne 2 récidives seulement, dont une eut lieu plus de dix ans après et s'étendit à toute la surface du rectum.

La résection n'a pas été assez fréquemment pratiquée pour qu'on puisse donner de statistiques probantes, mais il semble que la mortalité ne soit pas prohibitive, et en particulier

celle que donne Hartmann, avec sa méthode de résection par voie transanale, où elle varie de 4 à 5 p. 100, est inférieure à celle que Lécène accuse (6 à 8 p. 100) pour ses amputations, qui sont d'une technique plus simple. Elle a le grand avantage de conserver au malade l'usage de son sphincter anal et permet de bons résultats éloignés parce qu'elle donne la possibilité de passer au large des lésions.

L'amputation n'a été que rarement pratiquée. Elle est d'un pronostic opératoire bénin, mais entraîne l'incontinence, et partant difficilement acceptée par le malade.

II. — Les indications.

a) *Les contre-indications.* — On n'opérera pas les cas où des métastases auront été constatées, d'où nécessité d'un examen attentif du foie, des poumons, des os, lorsqu'on aura dépisté une tumeur dégénérée ou maligne.

On n'opérera pas non plus les cas où les lésions diffuses occuperont tout le rectum et remonteront sur le sigmoïde.

De même si l'état général du malade est trop affaibli, si le malade est trop âgé, on ne pourra pas avoir recours à l'exérèse chirurgicale. Dans ces cas, on utilisera soit les moyens physiques : radiations, électrocoagulation et fulguration, soit l'anus palliatif si la tumeur entraînait de la stase.

b) *Indications d'urgence.* — Elles sont excessivement rares. Il existe un seul cas, rapporté par Lambling, de tumeur villeuse prolabée et étranglée à l'anus que l'on dut opérer d'urgence.

c) *Les indications proprement dites.* — Les indications de la physiothérapie sont, nous l'avons vu, les contre-indications de la chirurgie. Nous n'y reviendrons pas.

De l'exérèse par les voies naturelles sont justiciables « les tumeurs villeuses bénignes non dégénérées, pédiculées à pédicule étroit et unique ». Dans certains cas, on pourra appliquer cette méthode à des tumeurs villeuses sessiles dont on aura pu bien apprécier la surface d'insertion et à des tumeurs

dégénérées ou malignes dont le processus malin a été reconnu très localisé par l'examen histologique et l'examen clinique (petit volume, mobilité, absence de métastases).

De la résection rectale seront justiciables les tumeurs vil-
leuses à large base d'implantation, et en particulier à inser-
tion circulaire, les tumeurs dégénérées ou malignes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(M. le Professeur CHARRIER.)

Mlle C..., 36 ans, nous est envoyée par M. le Docteur Baudet parce qu'elle présente depuis quelque temps les signes d'une tumeur du rectum avec besoins fréquents d'aller à la selle, émissions de glaires et de petits écoulements sanglants.

Nous avons affaire à une malade dont l'état général est excellent.

Localement, l'examen de la région anale ne révèle rien de particulier. Le doigt introduit dans le rectum permet de découvrir la présence, à une distance d'environ dix centimètres de l'anus, d'une tumeur très molle. Cette tumeur, végétante, sans pédicule, très saignante, repose sur une muqueuse très souple, sans aucune trace d'induration dans la zone d'implantation.

Pas de métastases décelables.

La malade demande elle-même une intervention, mais refuse la suppression de son sphincter anal, et, pour cette raison, nous proposons une résection du rectum par la voie sacrée, avec l'espoir de rétablir la continuité intestinale dans un second temps.

Opération en deux temps :

1° Le 6 mars 1929, on pratique un anus artificiel. De ce côté-là, réussite parfaite. Anus fonctionnant régulièrement, « une minia-ture », dit la malade.

2° Le 6 avril 1929, sous anesthésie générale, on pratique une résection rectale selon la technique classique, avec mise en place dans le rectum de mèches et d'un drain.

Les suites opératoires furent excellentes, mais, en octobre 1930, il se forma un abcès au niveau de la plaie opératoire qui se rouvrit,

mais le pus ne passa pas dans le rectum. La fermeture de la plaie ne fut obtenue qu'au bout de cinq mois.

L'examen histologique pratiqué après ablation de la tumeur nous dit : « Il s'agit d'une image typique de tumeur villeuse avec villosités caractéristiques, cellules foncées très hautes, ainsi que de nombreuses cellules à mucus. Le revêtement des villosités se fait selon une ligne très régulière. On trouve quelques amas leucocytaires, des axes conjonctifs très vascularisés. Mitoses normales. »

La malade a été revue pour la dernière fois en juillet 1931 et était en très bon état. Elle vient de nous écrire pour nous le confirmer.

OBSERVATION II.

(M. le Professeur CHARRIER.)

C..., âgé de 68 ans, nous est adressé par M. le Docteur Ogier, de Castelnau-du-Médoc.

Il présente lui aussi tous les symptômes d'une tumeur du rectum avec faux besoins fréquents, émission de liquides glaireux et hémorragies assez abondantes. Cependant, malgré ces hémorragies, l'état général du malade n'est pas du tout atteint.

L'examen de la région anale ne nous donne aucun renseignement. On pratique le toucher et le doigt perçoit une tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle est très molle, très mobile, non adhérente au plan profond. On ne relève aucune induration sur la base d'implantation. A la rectoscopie, on l'atteint très facilement. Elle remplit complètement la lumière de l'appareil. Elle nous apparaît comme une masse gélatineuse par suite des glaires muqueuses abondantes qui tapissent sa surface, mais, malgré cela, on reconnaît très facilement son caractère végétant. De plus, elle semble être rattachée à la paroi rectale par un pédicule.

On pratique alors une biopsie qui nous montre « un aspect vilieux très caractéristique avec des villosités très longues dont les axes conjonctifs sont très vascularisés et recouvertes de cellules assez hautes. Au pied des villosités on remarque des images glandulaires avec cellules également hautes. Mais nulle part on ne

trouve de modification de l'architecture cellulaire, ni de celle des noyaux ».

En présence du diagnostic anatomo-pathologique confirmant le diagnostic clinique et à cause de l'âge du malade, on se propose d'intervenir par les voies naturelles.

Sous anesthésie générale on procède à la dilatation forcée de l'anus et à la résection de la tumeur après ligature du pédicule et ablation d'une collerette de muqueuse saine autour de la zone d'implantation. Hémostase saigneuse. Mèches et drain.

L'opération fut laborieuse, dans un champ opératoire très limité par suite du peu de dilatation de l'anus. Malgré tout, les suites opératoires furent excellentes et le malade, que suit très attentivement son médecin et qui vient d'être examiné tout récemment (décembre 1931), ne présente aucune récurrence.

OBSERVATION III.

(M. le Professeur JEANNENEY.)

G... (Henri), 70 ans, sans antécédents, présente depuis 1918 des signes de rectite avec épreintes, ténesme, émission de glaires et de sang. Peu après apparaît un bourrelet hémorroïdaire. Ces troubles s'aggravent et le malade consulte à Paris un médecin de ses amis, qui le traite pour entérite, et, en 1919, devant l'apparition à la défécation d'une « masse de chair réductible », conseille d'écraser cette masse dans une compresse pour la faire saigner et la réduire.

De 1919 à 1924, le malade, en dehors des faux besoins constants (jusqu'à 8 et 10 par jour), présente plusieurs poussées de sub-obstruction avec constipation opiniâtre suivies de débâcles diarrhéiques.

En 1924, un autre confrère consulté pratique le toucher, constate un « polype » et en conseille l'ablation.

Ce malade est vu en 1925 par M. le Professeur Jeanneney : l'état général est très altéré; pâle, amaigri, les chairs flasques, il donne l'impression d'un cancéreux cachectique. L'examen de la

région anale montre quelques hémorroïdes externes. Le toucher conduit sur une masse tomenteuse, bourgeonnante, saignante, dont on perçoit à bout de doigt une implantation large sur la paroi postérieure du rectum, à 9 centimètres environ de l'anus. Le malade expulse aisément sa tumeur dans un effort de défécation : elle se présente alors comme une masse irrégulière rouge cerise, papillomateuse, multilobée, recouverte de glaires sanglantes. L'attouchement des villosités les fait saigner; la consistance est ferme. Le pédicule, gros comme le pouce, est largement implanté en arrière. La rectoscopie montre un peu de rectite au-dessus de la tumeur.

Après désinfection locale (lavage à l'argyrol à 1 p. 2.000, pendant 15 jours), régime lacté et purgation, nous intervenons.

La tumeur ayant été extériorisée dans un effort de défécation, une rachianesthésie (0,06 de novocaïne) est faite. La tumeur est alors fixée avec une pince de Museux, les valves placées sans difficulté et un grand lavage du rectum au permanganate faible est administré. Le rectum asséché, on place au-dessus du pédicule un gros tampon de gaze retenu par un fil et on désinfecte le point d'implantation à l'essence de goménol. On fait au-dessus et au-dessous du pédicule une incision curviligne et on détache l'implantation jusqu'à la musculature, après avoir pris la précaution de passer avec une longue aiguille courbe des points en V. Le pédicule sectionné, les points sont serrés à bout de doigt après hémostase d'une artère nourricière et la muqueuse est recousue. Le tampon est enlevé, un drain entouré de gaze iodoformée et de gaze ordinaire est laissé en place et le malade est constipé.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Professeur Sabrazès, a montré dans cette tumeur végétante glandulaire un stroma extraordinairement vascularisé avec de véritables lacs sanguins, mais non sans parois propres.

Les suites ont été bonnes. Le malade ne présente actuellement aucune récurrence.

OBSERVATION IV.

(Docteur R. PETRIGNANI, de La Rochelle.)

Mme F..., 41 ans, mère de cinq enfants, au cours de son avant-dernière grossesse, il y a deux ans, éprouve de la gêne à la défécation, avec écoulements glaireux. Pendant l'accouchement, la sage-femme constate une tumeur qui fait issue par l'an us sous la poussée des efforts d'expulsion. On parle d'hémorroïdes internes prolabées. Cependant, après l'accouchement, des troubles anorectaux persistent : gêne, ténésme, écoulements et sensation de corps étranger rectal.

A la dernière grossesse, au début de cette année, les symptômes habituels subissent une recrudescence : les écoulements sont si abondants qu'ils obligent la malade à se garnir.

Des hémorragies importantes, à répétition, amènent l'intéressée à consulter un médecin. Celui-ci fait un toucher rectal, constate la tumeur et m'adresse la malade.

L'état général de celle-ci est satisfaisant en dehors d'une pâleur assez accusée résultant des hémorragies répétées. Urines normales. Appétit conservé. Constipation habituelle très prononcée et de longue date. Néanmoins, la malade aurait engrais sé de 10 kilos au cours de l'année précédente.

Dans les antécédents, il convient de noter une spécificité datant de dix ans, ayant occasionné des lésions des nerfs optiques, une fausse couche. Un enfant prématuré et un autre mort d'une méningite tuberculeuse.

L'examen de la région anale ne révèle rien d'anormal. Au toucher rectal, très facile, le doigt tombe immédiatement au-dessus du sphincter sur une tumeur qui remplit la totalité de l'ampoule. Le volume de cette tumeur est tel que le doigt n'arrive pas à en faire le tour.

Cependant il est facile de reconnaître sa base d'implantation sur la face postérieure du rectum, par une surface assez étendue et une sorte de pédicule très épais. On peut faire le tour du pôle inférieur de ce pédicule. La tumeur elle-même, du volume d'un

poing, est mollassse, lobulée, recouverte d'un enduit muqueux très glissant. Elle se mobilise très facilement. Elle n'est pas douloureuse. La base d'implantation est parfaitement souple et on ne note par ailleurs aucune altération des muqueuses rectales et anales. La tumeur s'abaisse quand on fait pousser; on peut alors accrocher son pôle supérieur.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal, le vagin est parfaitement souple.

Enfin la malade peut arriver elle-même à extérioriser sa tumeur en position accroupie.

Ainsi prolabée, la tumeur apparaît comme une masse spongieuse, arrondie, rouge et recouverte d'un enduit muqueux brillant qui donne des reflets éclatants sur l'épreuve photographique. Elle est lobulée, cérébriforme. Elle saigne facilement et apparaît comme très vasculaire. Si on l'essuie avec une compresse, l'enduit muqueux disparaît aisément et la lobulation devient plus nette.

A la partie moyenne existe une zone ulcéreuse au niveau de laquelle je pratique une large biopsie; pour arrêter l'hémorragie, il faut recourir au thermocautère.

En cherchant à abaisser la tumeur, on se rend compte qu'en réalité il n'y a pas de pédicule, ce sont les tuniques rectales qui sont prolabées, entraînées par la tumeur. On a l'impression qu'il est impossible par la pression directe de faire réintégrer le rectum à cette tumeur. Et, en effet, on n'y réussit pas. Ce n'est que par l'artifice de la position accroupie que la malade y arrive elle-même; à l'occasion de ces manœuvres, la tumeur saigne.

La rectoscopie n'ajoute rien à ces différents examens, le tube bute sur la tumeur et ne peut la dépasser.

Inutile d'ajouter combien l'existence de cette infirmité retentissait sur le psychisme de la malade, infirmité aggravée encore par l'état de grossesse.

L'examen histologique pratiqué par le Docteur Mougneau, le 25 juillet, donna le résultat suivant : « Tumeur constituée par des axes conjonctifs revêtus par un épithélium cylindrique. Ces digitations sont orientées en tous sens et dessinent parfois des cavités remplies d'une substance amorphe contenant des débris cellu-



lares. La prolifération épithéliale se fait en hauteur, et les éléments sont en général typiques. Néanmoins, on constate une tendance à la stratification des cellules et la disparition totale en certains points des cellules mucipares.

» Il s'agit en somme d'une tumeur villeuse d'allure bénigne, mais dont l'évolution est à surveiller. »

Cliniquement, c'est le diagnostic que j'avais porté, mais sous la réserve d'une dégénérescence maligne du fait de l'existence d'une zone ulcérée suspecte.

La malade ayant accouché sans encombre, je pus l'opérer. L'intervention faite le 5 août fut la suivante :

Anesthésie au balseforme (anesthésie générale);

Dilatation anale poussée.

La tumeur s'extériorise entraînant avec elle le rectum. Il n'y a pas de pédicule; la tumeur étant presque sessile. Incision circulaire de la muqueuse à 2 centimètres environ de la base d'implantation pour constituer une collerette de muqueuse saine. L'hémostase est faite au fur et à mesure de la section. La tumeur, une fois enlevée, il y a une large perte de substance que l'on répare par une suture transversale au catgut chromé n° 2. Au voisinage de la tumeur principale, on découvre une petite masse lenticulaire que l'on enlève largement.

Suites opératoires parfaites. La malade, revue de suite, se porte parfaitement bien. La cicatrice rectale est absolument souple, il y a une légère diminution de calibre de l'ampoule.

Les défécations sont normales, la constipation a disparu, ainsi que l'anémie.

Des prélèvements multiples faits sur la pièce opératoire ont été soumis à l'examen de M. le Professeur Sabrazès. Voici les résultats de ces examens : « Tumeur villeuse du rectum, les cellules ont conservé leurs caractères de cellules des glandes de Liéberkühn évoluées en fonction mucipare. Peu d'anomalies cytoplasmiques et nucléaires. Pas de mitoses. Stroma très réduit formé par du tissu conjonctif lâche. Tumeur développée en surface et ne paraissant pas, sur les segments examinés, accuser une malignité d'épithélioma définitivement constitué. »

CONCLUSIONS

I. — Par leurs caractères cliniques, histologiques et évolutifs, les tumeurs villeuses doivent être considérées comme ayant une individualité propre. Elles résultent d'un mode de transformation de l'épithélium de revêtement de la muqueuse rectale. Si ce processus évolue selon le type bénin, il donne la tumeur villeuse bénigne; s'il évolue selon le type malin, il donne la tumeur villeuse dendritique ou maligne d'emblée, excessivement rare.

Il est à noter d'ailleurs que les tumeurs villeuses bénignes ont une tendance très marquée à la dégénérescence, qui commence superficiellement et qui ne s'étend en profondeur que très lentement et sans donner de métastases. Cette particularité commandera la technique opératoire à employer, et qui pourra être dans la plupart des cas très-économique.

II. — Cliniquement, elles sont individualisées :

a) *au point de vue fonctionnel :*

par leur peu de retentissement sur l'état général;
par l'abondance des écoulements muco-glaireux, chez un malade âgé le plus souvent et présentant les signes d'une rectite banale ou ceux d'une tumeur rectale;

b) *au point de vue physique :*

au toucher, par leur mollesse toute particulière (sensation de vase, de velours), par leur mobilité et l'absence d'induration dans la zone d'implantation;

au rectoscope, par leur aspect vilieux, surtout apparent si on les débarrasse du voile de mucus plus ou moins épais qui les tapisse du fait de l'abondance des cellules muqueuses dans ces tumeurs.

III. — Histologiquement, par l'image papillaire que l'on retrouve au microscope : hautes et fines villosités parcourues par un axe conjonctif très vasculaire et tapissées :

- a) dans les tumeurs bénignes, par un épithélium régulier surtout composé de hautes cellules cylindriques à noyau fortement colorable, avec des mitoses normales; de cellules mucipares du type intestinal; de cellules offrant tous les types de transition entre la cellule à mucus et la haute cellule épithéliale;
- b) dans les tumeurs malignes, par un épithélium irrégulier poussant vers l'extérieur ou l'intérieur des axes de bourgeons pleins de cellules identiques à celles que l'on rencontre dans l'épithélioma du gros intestin.

IV. — Evolutivement :

- par leur développement, dirigé à peu près exclusivement vers la lumière de l'intestin;
- par leur peu de tendance à l'extension dans la paroi rectale et les régions voisines (même dans le cas de tumeur bénigne en dégénérescence);
- par l'absence de métastases.

V. — Le diagnostic s'impose dans les cas typiques. Il sera toujours complété par la biopsie, qui permettra :

- a) de différencier les tumeurs villeuses des autres hyperplasies du rectum et, en particulier, de l'épithélioma, dont les éléments ressemblent à ceux de la tumeur villeuse, mais qui procèdent par tubes creux ou pleins;
- b) de différencier les tumeurs villeuses bénignes des tumeurs dendritiques;

- c) de découvrir les foyers de dégénérescence, qui, étant donné la lenteur de leur évolution et leur localisation, nécessiteraient des biopsies répétées.

VI. — Le traitement chirurgical est le traitement de choix des tumeurs villeuses.

On pratiquera :

- a) l'exérèse par les voies naturelles en réséquant une collerette de muqueuse saine autour de la base d'implantation;
b) ou la résection :
par les procédés classiques par voie pararectale;
par voie transanale selon la méthode donnée pour les rétrécissements par Hartmann.

La rachianesthésie permettra d'obtenir une dilatation maxima du sphincter anal, élargissant ainsi le champ opératoire.

Seront justiciables :

- a) de l'exérèse, les tumeurs bénignes pédiculées ou sessiles à implantation bien délimitée et les tumeurs dégénérées ou malignes au début, c'est-à-dire la majorité des cas;
b) de la résection, les tumeurs à base d'insertion très étendue (en particulier les insertions circulaires) et les tumeurs en dégénérescence accusée.

Sur les cas inopérables, on pourra faire agir les rayons X ou la curiethérapie.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 4 Décembre 1931.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLINGHAM. — Traité des maladies du rectum.
- APFFEL. — Un cas de tumeur villeuse du rectum. Thèse Nancy, 1907.
- BASSET et DELVAL. — Tumeur papillomateuse du rectum. Soc. anat., 1907.
- BENSAUDE (R.). — Traité d'endoscopie, 2^e éd.
- BENSAUDE (R.) et CAIN (A.). — Les indications, la technique et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum. *Journ. de chir.*, 1920.
- BENSAUDE (R.), CAIN et LAMBLING. — Les tumeurs villeuses du rectum. *Presse médicale*, 17 déc. 1931.
- *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. XXI, fév. 1931.
- BRANCA. — Précis d'embryologie et d'histologie.
- CHARDON. — Tumeur villeuse du rectum. *Bull. de la Soc. anat.*, 1906.
- DELBET et BECHOT. — Nouveau traité de chirurgie, 1906.
- GALARD. — Indications et traitement des tumeurs villeuses du rectum. Thèse Paris, 1924.
- HARTMANN. — *Bull. de la Soc. de chir.*, juill. 1930, n° 21.
- JEANNENEY. — Volumineuse tumeur villeuse du rectum. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1925.
- LAMBLING. — Les tumeurs villeuses du rectum, 1928.
- LECÈNE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, 1926.
- MONOD. — Contribution à l'étude des tumeurs villeuses du rectum. Thèse Paris, 1919.
- PAUCHET. — La Pratique chirurgicale illustrée.

POTHERAT. — Tumeur villeuse du rectum. *Bull. et Rev. de la Soc. de chir.*, 1908.

QUÉNU et LANDEL. — *Journ. de gyn. et de chir. abd.*, fév. 1899.

QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 1899.

ROKITANSKY. — Zottenkress. *Lehrbuch des speziellen path. Anat.*

VAUTRIN. — Tumeur villeuse du rectum. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1909.

